やまもと歯科　問診表

記入日：　　年　　月　　日

当院では、できる限り完全な診断のもとに治療を行いたいと考えますので、お手数ですが以下の質問にお答えください。なお、秘密は厳守いたします。記入したくない項目がありましたら、記入せずにおすすみください。

※やまもと歯科「プライバシーポリシー」は http://yamamoto-dc.net/ をご覧ください。

ふりがな お名前	住所	お電話（ご自宅）
生年月日　　年　　月　　日		携帯

1. どうされましたか？当てはまるもの全て選択ください。
   - □ 歯が痛い　□ 歯ぐきが痛い
   - □ 歯が動いている　□ 歯がしみる（熱・冷）
   - □ 歯ブラシが当たると痛い　□ クリーニング(歯石とり)
   - □ 冠・詰めものがとれてしまった
   - □ 歯並びが気になる　□ 検診をしてほしい
   - □ その他　（　　）
2. その場所はご自分から見てどこですか？
   - □ 右上奥歯　□ 上の前歯　□ 左上奥歯
   - □ 右下奥歯　□ 下の前歯　□ 左下奥歯
3. 痛い場合、今現在はどうですか？
   - □ 痛くない　□ 少し痛い　□ ひどく痛い
4. 以前治療したとき次のようなことがありましたか？
   - □ 歯を抜いて血が止まりにくかった
   - □ 気分が悪くなった
5. お薬などで問題が出たことがありますか？
   - □ ない
   - □ あった　（かぶれ・湿疹・じんましん・ぜんそく）
   - ※その薬の名称（　　・不明）
6. 現在、飲んでいる薬はありますか？
   - □ない
   - □ある（　　）
7. 次の病気をしたことがありますか？
   - □ 心臓の病気　□ 腎臓の病気
   - □ 糖尿病　□ 高血圧
   - □ 肝臓の病気　□ 血液の病気
   - ※具体的な病名がわかる場合お書きください。
   - （　　）
8. 今現在は？
   - □ 治った　□ 今も治療中
9. タバコは吸いますか？
   - □いいえ
   - □はい（1 日約　　本）
10. 妊娠について　※女性の方にお聞きします
    - □ 妊娠の可能性がある
    - □ 妊娠中　（予定日：　　）
11. 他の歯の治療について
    - □ 今気になっているところだけ治療したい
    - □ 他に悪いところがあれば全て治療したい
    - □ 悪いところの説明を聞いてから治療するか決めたい
12. 麻酔について
    - □ 必要なら麻酔を必ずしてほしい
    - □ 多少は我慢するので麻酔はできるだけしないでほしい
    - □ その都度説明を聞いてから決めたい
    - □ 先生の判断にまかせる
13. 当院では原則的にはすべて保険にて治療を行っていますが、歯の場所や色などによっては、保険以外の方法がより良い場合もあります。
    - □ 説明は必要なくすべて保険での治療を希望
    - □ その都度説明を受けて判断したい
14. 当院を何でお知りになりましたか？（任意）
    （　　）

★ご紹介者がいらっしゃる場合、よろしければご記入ください。

ご紹介者氏名

やまもと歯科　院長　山本明義

〒030-0843　青森浜田字玉川 27-4

TEL 017-721-5230